Rok XXXI. Kraków, 31 Grudnia 1892. Nr. 53.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Przyczynek do teratologii soczewki.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Dok. Patrz Nr. 52.)

Powstawanie zaćm warstwowych wytłomaczyć łatwo przez chwilowe zaburzenie w odżywianiu soczewki. Ponieważ zaś w tych razach jądro pozostaje przeźroczystem, oczywistą jest rzeczą, że powstawanie téj wady bezwarunkowo odnieść należy do trzeciego okresu rozwoju soczewki, czyli że zmiany te powstają wskutek wadliwego odżywiania pewnéj części komórek pasa równikowego. Wiemy zresztą, że zaćmy te powstawać mogą również po urodzeniu. Co się tyczy częściowych zaćm korowych, które tylko pewien wycinek soczewki zajmują, mianowicie przypadków przez Beckera i przezemnie opisanych, to zaćmienia te wytłomaczyć możemy w ten sposób, że odpowiednio pewnéj linii węzłowéj włókna wyrastające z okolicy równikowej nie doszły do zupełnego rozwoju, rozwój zaś ten bezwątpienia wpływać powinien na wchłonienie cieczy białkowatéj, która wypełnia próżnię, powstającą czasowo pomiędzy torebką a tylnemi końcami tych włókien, których wyrastanie zostało powstrzymane. W cieczy tedy łatwo powstać mogą złogi, które następnie wyglądają jako częściowe zaćmienia soczewki.

Do dość częstych a ciekawych wad rozwojowych soczewki należy jéj zboczenie co do położenia (*ectopia*). Już Graefe (*Archiv f. Ophthalm.* I. 1, str. 343) dokładnie opisał przypadek wrodzonego zwichnięcia soczewki. Stellwag (*W. med. Wochenschrift* 1856) opisał przypadek zboczenia znacznie „zmniejszonéj“ soczewki i pierwszy wprowadził nazwę „*ectopia*“, wreszcie Sippel (*Die spontane Luxation der Linse u. ihre angeborene Ectopie* 1859) dokładniéj ustalił rozpoznanie wady. Następnie w krótkim czasie opisano bardzo wiele przypadków zboczenia położenia soczewki, które niewiele się pomiędzy sobą różnią, daléj opisy aż nadto stwierdziły, że wadę tę bardzo często można spostrzegać równocześnie u wielu członków pewnéj rodziny. Nadto znajdujemy tę wadę w obu oczach, a soczewki położone są umiarowo w obu oczach, najczęściéj usunięte ku górze. Badania anatomicznego zboczenia położenia soczewki dotąd nie mamy. Becker *Handb. d. ges. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch*, Bd. V, str. 286) utrzymuje, że przy powstawaniu téj wady naprzód wymiary układu soczewkowego znacznie są mniejsze, daléj że wada zostawać musi w związku ze szczeliną oka. Jedno przyznać musimy, że stanowczo odgrywa tu rolę nieprawidłowy rozwój obwódki Zinna, brak, względnie zbyt znaczna jéj w jednym kierunku długość.

Teraz opiszę przypadek, do którego podobnego nigdzie dotąd nie napotkałem. We wszystkich opisanych przypadkach wad rozwojowych lub wrodzonych soczewki jéj wymiary, czy ona była przeźroczystą czy zaćmioną, jakkolwiek niekiedy bardzo znacznie były zmniejszone, przedstawiały w każdym razie dość znaczną wielkość. Przypadek, który tu opiszę, różni się już tem od innych, że wymiary soczewki były w nim prawie żadne, pomimo zupełnie prawidłowego zresztą kształtu gałki ocznéj.

A. P., 28 letni mężczyzna, zasięgał méj rady w lipcu b. r. z powodu bardzo osłabionego wzroku. Na pierwszy rzut oka nie spostrzegamy żadnych zgoła zmian, prócz chyba cokolwiek mniejszych rogówek i znacznie wydłużonych osi przednio tylnych. Od lat dziecinnych chory używa do czytania szkieł + 3·5 D., mimo to jest w stanie czytać tylko druk większy. Palce liczy tylko na odległość 15′. Badanie wziernikowe wykazuje zupełną przeźroczystość środków łamiących i brak zmian chorobowych w obu oczach, prócz wydęć białkówki położonych obok brzegów skroniowych, mających w środku szerokości pół średnicy tarczy a odgraniczonych wyraźnie; obok tego nadmiarowość w wysokim stopniu (H 4·5 D). Badając obrazy Purkinje Sansona, znajdujemy tylko jeden wyraźny prosty obraz, powstający skutkiem odbijania się światła od rogówki, tak więc oczy wcale nie posiadają soczewek. Soczewki wypukłe + 4·5 D podnoszą bystrość wzroku w obu oczach do $^{20}/_{50}$, przy pomocy zaś soczewek + 12 D chory swobodnie czyta Nr. 3 Jaegera. Badając przy rozszerzonéj źrenicy, znalazłem: źrenice rozszerzone *ad maximum* i zupełnie prawidłowo, dokoła zo-

staje obrączka tęczówki niespełna 1 mm. szerokości mająca. Najzupełniéj umiarowo wystają z poza brzegu rozszerzonych źrenic, cokolwiek ku wewnątrz od średnicy pionowéj rogówki, utwory barwy szarawobiałéj, okrągłe i zupełnie gładkie; średnice ich wynoszą co najwięcéj 2 mm. Mamy więc zupełny brak soczewek w obu oczach, bez żadnych zgoła zmian chorobowych w gałce ocznéj. Jedyne dziecię zamożnych rodziców było bardzo starannie pielęgnowane; to też z wywiadów tyle powziąć możemy, że od urodzenia widziało źle, że czytanie bez pomocy soczewek wypukłych było zgoła niemożliwem, że źrenice stanowczo nigdy nie były zamglone. Dodam do tego, że staranne badanie narządu łamiącego nie wykryło w okolicy odpowiadającéj soczewce żadnych zgoła zjawisk, któreby wskazywać mogły uprzednie istnienie soczewek na prawidłowem miejscu, lub przynajmniéj ślady woreczków. Szarawobiałe utwory położone obok brzegu dolnego tęczówek, które bezwątpienia uznać wypada za szczątki soczewek, miały powierzchnię zupełnie gładką, bez żadnych zgoła fałdów.

Przypadek ten wypadałoby uznać za wrodzony brak soczewek (*aphakia congenita*). Dotąd wszakże przypadku takiego nikt zgoła nie opisał. Becker (*Handb. d. gesammt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch* Bd. V, str. 229) nietylko potwierdza tę okoliczność, lecz dodaje nadto, że wobec roli tak ważnéj, jaką soczewka w rozwoju oka odgrywa, przypadki takie, przypuszczając naturalnie prawidłową zresztą budowę oka, są zgoła niemożliwe. — Co do mnie nigdybym tego zdania w formie równie stanowczéj nie wypowiedział. Co prawda, wkrótce po odkryciu Huschkego zdawać się mogło, że właśnie wgłobienie soczewki jest głównym, jeżli nie wyłącznym, czynnikiem przy powstawaniu wtórnego pęcherzyka ocznego. Jednakże już Stricker (*Wiener akad. Sitzungsberichte, Math.-naturwiss. Klasse* Bd. 39, str. 472) wyraźnie mówi, że u żab, już przed początkiem sprawy wgłobienia soczewki, spostrzegać się daje w odpowiedniem mu miejscu na pierwotnym pęcherzyku ocznym jakby wklęsłość. His znów (*Untersuchungen über die erste Anlage des Wirbelthiereies* 1868) utrzymuje, że początek rozwoju wtórnego pęcherzyka ocznego stanowi zagłębienie, powstałe na dolnéj powierzchni pęcherzyka pierwotnego. Co do mnie, okoliczność tę najzupełniéj potwierdzić mogę zarówno dla ptaków, jakoteż dla zwierząt ssących, gdyż w blaszce rogowéj ledwo powstawać zaczyna zgrubiałość dla przyszłéj soczewki przeznaczona, gdy dolna ściana pęcherzyka pierwotnego jest już znacznie ku górnéj zbliżoną. Tak więc powstanie wtórnego pęcherzyka ocznego następuje niezależnie od wgłobienia soczewki, które wszakże może być w téj sprawie pomocnem. W istocie soczewka stanowi na razie całą prawie treść ledwo powstałego wtórnego pęcherzyka ocznego, gdyż zawiązek ciała szklanego przedstawia się tylko w postaci bardzo cienkiéj warstwy, zawiązek soczewki otaczającéj. Objętość ciała szklanego powiększa się wprawdzie bardzo prędko, nadto stosunek taki zachodzi tylko u ssawców, gdyż u ptaków i płazów zawiązek ciała szklanego już od początku znacznie ma większą objętość. W każdym razie w dalszym rozwoju utworzonego już zupełnie wtórnego pęcherzyka ocznego soczewka stanowić może wiele, ze względu na jéj znaczne rozmiary. Wszakże badając rozwój ciała szklanego przekonałem się, że główną rolę odgrywa tu przesiąkanie z naczyń krwionośnych. Nie wchodząc w żadne szczegóły, przytoczę tylko tę okoliczność, że wszystkie komórki, które wstępują przez szczelinę oczną do wnętrza pęcherzyka wtórnego, służą bezwarunkowo li tylko do rozwoju naczyń krwionośnych i dopiero gdy w ciele szklanem powstaje całkowita siatka naczyń zaopatrzona w przewody, co zresztą prędko następuje, ciało owo zaczyna się znacznie powiększać, równocześnie pojawiają się też w niem okrągłe komórki, które u dorosłych, jak wiemy obecnie, stanowią jedyną postać pierwocin ciała szklanego i tylko to lub owo traktowanie ciała szklanego wywołuje w nich nader rozmaite a sztuczne tylko zmiany. O tkankę ciała szklanego przeto nie trudno, nie możemy więc wątpić, że w razie powstrzymanego rozwoju soczewki przesiąkanie z naczyń nie dopuści do powstania próżni w pęcherzyku wtórnym.

Dla objaśnienia w końcu opisanego przypadku możemy przypuścić, że 1) soczewka mogła być wgłębioną do pierwotnego pęcherzyka, lecz zanikła wkrótce po zadziergnięciu się od blaszki rogowéj, lub że 2) soczewka po niejakim czasie już w późniejszym nieco okresie rozwoju, opadła na dno przyszłej domniemanéj tylnéj komory i pozostała tu na zawsze, co tem łatwiéj stać się mogło, że przejściu jéj do przedniéj komory stała na zawadzie błona źreniczna. W pierwszym razie mielibyśmy wadę rozwojową, zasługującą na miano *aphakia congenita*, w drugim zaś mielibyśmy już li tylko wadę wrodzoną — zwichnięcie soczewki w bardzo wczesnym okresie rozwoju.

II. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Büngner: O leczeniu następowem po tracheotomii i o nowéj kaniuli do tracheotomii.

Jest zasadą, że po tracheotomii z powodu krupu czy błonicy należy jaknajwcześniéj wyjąć kaniulę; zdarza się jednak, że po wyjęciu przytrafiają się trudności w oddychaniu, wywołane przez zwężenie tchawicy przez granulacyje, obrzmienie zapalne błony śluzowéj i t. p. Częściéj niż się przypuszcza, zdarzają się przeszkody w saméj głośni, czy to wskutek porażenia strun głosowych, czy też, jak Trendelenburg zauważył, ich spazmatycznego skurczu. W tych razach występują powtarzające się napady duszności i trzeba pewnéj gimnastyki mięśni głośniowych, żeby oddychanie stało się swobodnem i prawidłowem. Jak należy wobec takiego powikłania postąpić? Jedni zupełnie odrzucają kaniulę lub wprowadzają ją tylko na krótki czas, licząc na to, że przeszkoda w oddychaniu sama przez się przejdzie; inni wprowadzają coraz cieńsze kaniule lub zatykają stopniowo otwory woskiem, plastrem lepkim i t. p. wreszcie używają kaniuli z wentylem Bérarda i Macqueta. Pierwszy rodzaj postępowania jest możliwym tylko wtedy, jeżeli chory jest pod umiejętną opieką, która potrafi przeciwdziałać zwiększającéj się asfiksyi, czyli możliwym jest tylko w szpitalu; zalepianie otworu woskiem czy plastrem nie odpowiada dzisiejszemu stanowisku chirurgii, dlatego autor podał nową kaniulę. Do zwykłéj Lüerowskiéj kaniuli wsuwa się rurkę tem się różniącą od innych, że w miejscu, gdzie zewnętrzna kaniula ma okienko, takież samo na wewnętrznéj znajduje się rurce. Otwór zewnętrzny można zamknąć do $^1/_4$, $^1/_2$, $^3/_4$ lub całkowicie przez przesuwalną płytkę metalową, którą utrzymuje się przy pomocy guziczka w położeniu nadanem; w ten sposób można oddychanie uregulować i kaniulę definitywnie po 24 godzinach usunąć. (*Archiv f. klin. Chirurg.* t. 44, z. 4). *Dr. Śmiechowski.*

F. Schüssler: Nowy sposób Billrotha leczenia bąblowca wewnątrz otrzewnowego.

Pomimo ogromnego wzrostu literatury o bąblowcu, terapija tego cierpienia stoi oddawna wobec kwestyi, czy operować jednoczasowo czy też dwuczasowo. Statystyka operowanych przypadków nie rozstrzyga stanowczo na korzyść żadnéj z tych metod, zarówno jak i doświadczenie wybitniejszych chirurgów. Tak n. p. Volkmann na 14 przypadków,

operowanych dwuczasowo, miał tylko jedno zejście śmiertelne, Lawson Tait zaś operował 13 przypadków jednoczasowo z zupełnie pomyślnym wynikiem. Obydwie metody operacyjne przedstawiają dwie główne strony ujemne: 1° gojenie się rany trwa nader długo, 2° w utworzonéj bliźnie bardzo często występuje z czasem przepuklina. Dla skrócenia przebiegu gojenia się proponowano odcięcie ścian worka tak jednak, aby pozostałe brzegi można było jeszcze zeszyć z brzegami rany brzusznéj. Wycięcie całego worka wraz z częścią wątroby nie stanowi, według autora, bynajmniéj ideału operacyi. Billroth podał sposób nowy, który zastosował już z powodzeniem w pięciu przypadkach (4, bąblowiec wątroby, 1, śledziony). Mianowicie worek bąblowca nacina, wypuszcza zawartość na zewnątrz, bardzo starannie oczyszcza, wypełnia mięszanką jodoformową (1:10 gliceryny), wreszcie zaszywa cały worek szwem ciągłym i wpuszcza do jamy brzusznéj, któréj ranę zeszywa zwykłym szwem piętrowym.

Jak widać z przytoczonych przez autora historyj chorób przebieg pooperacyjny we wszystkich przypadkach był bardzo dobry i we wszystkich nastąpiło zupełne wyleczenie z wyjątkiem ostatniego, gdzie pozostała mała przetoka. Przeciwwskazanie dla sposobu tego stanowi ropna zawartość worka; wtedy pozostaje leczenie otwarte: po przyszyciu brzegów do rany brzusznéj wylewać worek mięszanką jodoformową, potem zaś można założyć szew wtórny. Jeżeli jednak obawiałby się kto, ażeby wpuszczony worek nie pękł w jamie brzusznéj, proponuje autor w takim razie przy szyciu worka zabierać w szew i brzegi otrzewny ściennéj, jak to poleca Czerny przy cholecystotomii. Tu jednak szanse zrośnięcia worka *per primam* będą mniejsze. Ta metoda Billrotha, zdaje się, powinna się nadawać do operacyj innych torbieli wewnątrz otrzewnowych, niemożliwych do wyjęcia, jak np. torbieli trzustki i w przypadkach tych poleca autor wypróbowanie jéj. (*Beiträge zur Chirurgie, Festschrift gewidmet Theodor Billroth.* 1892). *L. Kryński.*

Tillmans. **O przyszyciu i wycięciu nerki wędrującéj.**

Autor ogłasza 16 przypadków, w których wykonał przyszycie nerki wędrującéj z pomyślnym skutkiem. W 12 przypadkach rezultat operacyi był skontrolowanym po dłuższym przeciągu czasu (rok do dwu lat). W jednym z tych 12 przypadków nastąpiła w 52 dni po operacyi śmierć z powodu gruźlicy płuc; sekcya wykazała, że przyszyta nerka była mocno przyrośniętą. W drugim przypadku, w którym autor dokonał obustronnéj *nefrorrhafii* oraz operacyi radykalnéj wielkiéj przepukliny brzusznéj, powstałéj po laparotomii próbnéj, nastąpiła po stronie lewéj recydywa; podczas operacyi okazało się, że nerka lewa była znacznie powiększoną, twardą, o powierzchni nierównéj, wskutek czego ją następowo wycięto. Chora umarła w $2^1/_4$ lata po operacyi z powodu innéj choroby. We wszystkich tych przypadkach, które autor operował, nerka wędrująca sprawiała chorym znaczne dolegliwości; były to nerki prawe, w jednym tylko przypadku operował autor obustronną nerkę wędrującą. Według Tillmansa cierpienie to jest częstszem po stronie prawéj aniżeli po lewéj, dlatego, że nerka zostaje przemieszczoną głównie przez wątrobę, powiększoną wskutek spraw chorobowych. Dobre rezultaty, które autor otrzymał, zawdzięcza on z jednéj strony technice operacyjnéj, z drugiéj zaś zachowaniu się chorych po operacyi. Nerka musi zostać odprowadzoną na możliwie prawidłowe miejsce; w rzadkich tylko przypadkach trzeba w tym celu wyciąć 12 te żebro, gdyż udaje się to zazwyczaj i bez téj dodatkowéj operacyi. Główny nacisk kładzie autor na szew, który musi przechodzić przez samą istotę nerki, torebkę włóknistą nerki autor przyszywa do otoczenia oddzielnie. Po odprowadzeniu nerki przedewszystkiem należy przymocować dolny brzeg takowéj. Tillmans zakłada zwykle 2 szwy: jeden jedwabny, drugi katgutowy; silkwormgut okazał się niepraktycznym do szwu nerki, gdyż za prędko przecina substancyję takowéj. Rany po nefrorafii autor nie wypełnił gazą, lecz sączkuje ją i zeszywa; we wszystkich przypadkach następował rychłozrost w 8—14 dni po operacyi. Chorzy muszą leżeć po operacyi co najmniéj 4 tygodnie, w przeciwnym bowiem razie następuje recydywa, jak się o tem autor w jednym przypadku przekonał. Wyciął nerkę wędrującą w 3 przypadkach prócz wyż wymienionego dwa razy z powodu nowotworu nerki, raz z powodu padaczki, która wystąpiła po powstaniu nerki wędrującéj. We wszystkich tych przypadkach nastąpiło wyleczenie. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Bd. 34. 1892). *Dr. Klecki.*

Patologija.

Störck (Kiel): **Rhinitis pseudomembranacea.**

Autor opisuje 3 przypadki téj choroby u robotników w wieku między 20 a 26 lat, dwa w przebiegu *pleuritis fibrinosa* a jeden w przebiegu *pleropneumonia.* W wszystkich tych przypadkach przebieg choroby był prawie jednakowy: nagle wśród silnego bólu głowy bez podwyższenia ciepłoty powstawały w nosie liczne błony tworzące nieraz odlewy jamy nosowéj, zatykające takową, łatwo się oddzielające, nie posiadające żadnéj woni, a w miarę dłuższego trwania téj choroby błony były coraz kruchsze tak, że na końcu istniała wydzielina śluzowo-ropna, zwolna znikająca. W błonach tych przy badaniu mikroskopowem mało znachodziło się włóknika w przeciwieństwie do błon dyfterytycznych. Badanie bakteryjologiczne i mikroskopowe tych błon prątków Löflera nie wykazało, i nie dało pewnych wyników co do natury téj choroby. Zapalenie to błony śluzowéj jamy nosa pozornie włóknikowe należy ściśle odróżnić od błonicy. (*Berliner klin. Wschrft. Nr. 42, 1892*). *Dr. Komorowski.*

Choroby uszne.

Krepuska (Budapeszt): **Cierpienia narządu słuchowego natury gruźliczéj.**

K. opisuje dwa nader ciekawe przypadki. W pierwszym istniała gruźlica prosówkowa błony bęb. z następową próchnicą kości skalistéj; w drugim istniały wielkie spustoszenia w nosie i gardle jako następstwa kiły, podczas gdy w obu uszach znachodziły się zmiany gruźlicze. W wydzielinie wydobytéj z nosa w drugim przypadku oraz w kawałkach uklejowych wydalonych z obu uszu znaleziono liczne laseczniki. Z własnych doświadczeń wysnuwa K. następujące wnioski: 1) gruźlica narządu słuchowego może przybrać rozmaite postacie; 2) gruźlica narządu słuchowego nie jest wcale tak rzadką chorobą, jak to powszechnie mniemają; 3) badając dokładnie drobnowidowo można znaczną część grupy chorobowéj znanéj pod nazwą: „zapalenia ucha środk. ropnego“ rozdzielić na kilka podziałów, co jest wielkiéj wagi tak pod względem leczenia jakoteż rokowania; 4) co do uklejów, pokazało się kilkakrotnie, że rosną pod wpływem działania pasorzytu w nich się rozwijającego. (*Deutsche med. chirurg. Presse 51, 1891*).

Müller: **O znaczeniu klinicznem przedziurawień błony bębenkowéj.**

M. ocenia znaczenie przedziurawień błony bęb. pod względem rozmaitego ich umiejscowienia, kształtu, wielkości i liczby. W tym celu rozróżnia dwie części błony bęb. górną i dolną, oddzielone od siebie tylnym i przednim fałdem błony. Najważniejszą rolę odgrywa siedziba przedziurawienia. Jeżeli takowe znajduje się na dolnéj połowie błony bęb. nieco od obwodu oddalone, a równocześnie istnieją objawy ostrego zapalenia błony i jamy bęb., to można się spodziewać, że po usunięciu sprawy chorobowéj w uchu środkowem otwór się zamknie, a błona bęb. wróci do prawidłowéj czynności. Takie same zaś przedziurawienia umieszczone w dolnéj połowie błony na stożku świetlnym, z powodu krótszych i silniéj na tem miejscu napiętych włókienek błony bęb. o wiele trudniéj się zamykają i sprawiają znaczne zaburzenia. Rękojeść młotka pozbawiona swego więzadła przechyla się na wewnątrz, przez co promieniste włókna błony więcéj się naprężają i wskutek tego prawidłowe ich odżywienie i zdolność odradzania są upośledzone. Przedziurawienia obwodowe dolnéj połowy wzbudzają zawsze podejrzenie o ograniczoną próchnicę pierścienia bębenkowego (*annulus tympanicus*) i w przeważnéj części takich przypadków objawy chorobowe, jak zaczerwienienie, obrzmienie itd. występują też pierwéj na częściach kostnych, a późniéj do-

piero przychodzi do perforacyi błony bęb. Przedziurawienie na górnych odcinkach długo i uporczywie się utrzymujące mimo leczenia, wskazuje również prawdopodobieństwo istnienia próchnicy. Przedziurawienie środkowe na końcu rękojeści młotka występują w początku w postaci nerkowéj i przyjmują przez dalszy rozpad błony bęb. postać sercową. Według tego czy ścięgno naprężacza błony bęb. jest utrzymane lub zniszczone, rękojeść młotka jest na swojem miejscu lub w głąb często aż do wzgórka wciągnięta. Perforacyje takie znachodzą się tak samo jak przedziurawienia na stożku świetlnym w przeważnéj liczbie przewlekłych ropni ucha środkowego i zrządzają znaczne zaburzenia czynnościowe i dolegliwości podmiotowe. Daléj należy zwracać uwagę na jakość ropy, na występowanie bujnéj, łatwo krwawiącéj ziarniny, grudków żółciołojakowych, na wejrzenie brzegów przedziurawień w celu należytego ocenienia klinicznego i stosownego leczenia takowych. W przedziurawieniach zupełnych lub o postaci nerkowéj, sercowéj lub wreszcie w stożku świetlnym znajdujących się ścięgno utrzymanego naprężacza błony bęb. pociąga rękojeść młotka i z nią cały łańcuch kostek usznych na wewnątrz ku błędnikowi, wywiera przez to ucisk na ten ostatni a skutkami są ucisk mózgowy, zawrót głowy, nerwobóle i inne przypadłości.

Najlepszym sposobem leczenia takich przypadków jest przecięcie ścięgna naprężacza błony, względnie w większych przedziurawieniach wycięcie młotka i kowadełka. Jeżeli strzemiączko jeszcze prawidłowo funkcyjonuje i nie jest w stawie zrośniętem, można za pomocą tego zabiegu osiągnąć uwolnienie błędnika od ucisku, polepszenie słuchu i usunięcie przewlekłego ropienia nie dającego się innym sposobem wyleczyć, jak to potwierdza 8 przypadków przez autora przytoczonych. *(Archiv f. Ohrenheilk.* T. 32, z. 2).

Truckenbrod (Hamburg): **Ropień mózgu po ropnem zapaleniu ucha środkowego; wyleczenie przez operacyję.**

U osoby 54 lat liczącéj wystąpiło po influenzie ostre zapalenie ucha środk. lewego. Po 3 tygodniach powstał nagle silny ból w okolicy ciemienia, niedowład drugiéj gałęzi n. twarzowego, utrata mowy, niedowład prawego ramienia, anarytmia, aleksya. Objawów wiądu brak. Ciepłota nieregularna, dochodziła do 38·9°. Rozpoznano ropień w lewym płacie skroniowym, otwarto od strony stropu jamy sutk. (*tegmen antri*) i założono sączek. Po 4 tygodniach nastąpiło wyleczenie, otwór w błonie bębenkowéj się zamknął, słuch taki jak przed operacyją. Chory nużył się jeszcze prędko przy zatrudnieniach umysłowych. (*Deut. med. Ztg.* Nr. 84, 1891). *Dr. Spira.*

Choroby skórne i kiłowe.

Rosenbach (Wrocław): **O leczeniu zboczeń powstałych w czynności skóry pod wpływem braku tłuszczu skórnego.**

Wiadomą jest rzeczą, że szereg chorób skórnych polega na zbytniem zużywaniu się tłuszczu skórnego; na brak tego tłuszczu za mało zwraca się zdaniem autora uwagi i ztąd to pochodzą zapalenia skóry u lekarzy mających często do czynienia z płynami antyseptycznemi, furunkuły skóry u osób silnie się pocących. Brak tłuszczu jest pierwotuą przyczyną chorobową, a następowo rozwija się ropienie. Wtargnięciu jadu ropnego najlepiéj zapobiega zdaniem R. warstwa tłuszczu tak, że skłonność skóry do zachorowania jest niemal proporcyjonalną do zmniejszania się funkcyi gruczołów łojowych. Jako najlepszy środek do zastąpienia tłuszczu skórnego uważa R. lanolinę, która w powierzchowne warstwy skóry łatwo ulega wessaniu. Wobec skłonności do *dermatitis artificialis* należy każdym razem po umyciu się i przed udaniem się na spoczynek ręce natrzeć tłuszczem lub lanoliną. W obec tworzenia się furunkułów w nosie zaleca R. wprowadzanie 2 — 3 razy dnia wacików nawiniętych na patyczek a napojonych lanoliną w otwór nosowy i okręcając patyczek powlec całą błonę śluzową wysoko aż do muszli środkowéj tłuszczem. Postępowanie to ma chronić od tworzenia się furunkułów i oddawać w istniejącéj już furunkulozie dobre usługi. (*Therap. Monatsschrift Nr. 11, 1892*). *B...k.*

Lang: **Przyrządy pomocnicze do celów rozpoznawczych i leczniczych w chorobach cewki moczowéj.**

1) Lejek oświetlający. Endoskop Grünfelda składający się z reflektora, rurki i lampy, pozostanie i nadal w praktyce najwięcej używanym. Oświetlenie wnętrza za pomocą reflektora jest niepraktyczne, wziernik jest zanadto wązki, by dostateczna ilość światła doń wejść mogła. Lang podał lejek, który zadanie oświetlenia daleko lepiéj spełnia. Lejek przymocowany do tuby posiada umocowane na dźwigni pod 2 kątami zagiętéj lampkę elektryczną żarzącą, któréj światło przy pomocy pryzmatu i soczewki w ten sposób odbite zostaje, iż promienie wprost do rurki wpadają. Tył lampki pokryty jest amalgamem tak, iż światło oka nie razi. Za pomocą odpowiedniego przyrządu na rękawie umieszczonego, przy badaniu można dowolnie prąd zamykać lub otwierać. Przyrządem tym błona śluzowa cewki aż do najdalszéj głębokości jest znakomicie oświetloną tak, iż nawet niewprawny każdą zmianę z łatwością widzieć może. Lejek ten, którego rysunek i dokładny opis praca oryginalna zawiera, sprzedaje mechanik Wolters, Neuer Markt 7 w Wiedniu.

2) *Tubuli elastici medicamentosi.* Zwykłe dreny kauczukowe obciąga mięszaniną żelatyny i środka leczniczego a nasmarowawszy waseliną wprowadza do cewki i zostawia tam do 5 minut. Dren z podobną masą można w każdéj aptece kazać przyrządzić. Tubuli te używać najlepiej w tryprach chronicznych i można je zakładać co 2 dzień a późniéj i codziennie. W okresie ostrym tylko wtedy, jeżeli chcemy zadziałać poronnie. Taniny daje się 1%, Taliny 5%, *cuprum sulf.* ½%, *Plumbum aceticum* 1%, Resorcyny 5%. (*Wr. med. Wchft.* Nr. 36, 1892).

Lorinser (Buxton): **Phlebitis urica.**

L. zdaje sprawę z 12 przypadków zapalenia żył na tle dyjatezy moczowéj, z których jeden zakończył się śmiercią. *Phlebitis* wystąpiła w kończynie dolnéj po napadzie podagry. W czasie kiedy zapalenie żylne zaczęło ustępować, chory dostał krwotoku płucnego. Skonstatowano stłumienie w okolicy łopatki, oddech oskrzelowy z rzężeniami. Chory umarł z powodu embolii. Zapalenie żył występuje u dotkniętych podagrą dość często, a poznać je można po następujących objawach: *a*) symetryczne ułożenie *b*) łatwość nawrotów i przerzutów *c*) brak ropienia, *d*) zajęcie żył powierzchownych a nie głębokich *e*) twardość i bolesność żyły *f*) zaczerwienienie skóry. Objawy ogólne są mało wybitne. Ciepłota jest nieznacznie podwyższoną. Przypuszczają, że zapalenie żył powstaje z powodu nagromadzenia się kryształków kw. moczowego na ścianach tych żył, w których prąd krwi jest zwolniony. W następstwie osadzania się kryształków krew krzepnie. L. nie zgadza się z tem zapatrywaniem; albowiem krzepnięcie może być tak dobrze powodem, jak następstwem zapalenia. (*Wiener med. Wschrft. Nr. 36, 1892*).

Dr. Mendelsburg.

Położnictwo.

H. Fehling: **O pęknięciach macicy.**

(Dok. Patrz Nr. 51.)

Jeżeli mimo silnych bólów główka nie zstępuje, a przedgłowie rośnie, to pęknięcie macicy staje się bardzo możebnem. Rozpoznanie niebezpieczeństwa ułatwia zachowanie się pierścienia kurczowego i więzów okrągłych. Pierwszy tem wyżéj sięga, im czynność porodowa dłużej trwa, po odpływie wód płodowych, czasem aż do pępka i przebiega skośnie jako listewka, oddzielająca skurczony trzon macicy od rozciągniętego dolnego jej odcinka i szyi. Więzy okrągłe zaś napierają się coraz więcéj wraz z podnoszeniem się trzonu macicy, a szczególniej napierają się wciąż po stronie zagrożonéj. Wskazówkę również ważną stanowi wyciągnięcie pęcherza moczowego ku górze.

Ważnym objawem jest i bolesność dolnéj części brzucha podczas pauzy. Tętno zaś i ciepłota nie wchodzą wiele w rachubę, bo pierwsze należałoby znać pierwej, aby z różnego zachowania się jego wysnuwać jakiekolwiek wnioski, ciepłota zaś przed pęknięciem nie ulega zmianie.

Gdy pęknięcie już nastąpiło, obraz chorobowy się zmienia. Płód z jakiegobądź położenia dostaje się przez otwór nieprawidłowy do jamy brzusznéj, a bóle ustają. Ale zamiast ulgi, jak po prawidłowem wydaleniu płodu, uczuwa rodząca, że coś się w niej stało, zapada z powodu zadrażnienia otrzewny i krwawienia, blednie, skarży się na bóle, tętno staje się małem i licznem. Płód żywy dotąd, obumiera bardzo rychło.

Badanie obecnie wykazuje brak części poprzedzającej, którą pierwej można było wyczuć we wchodzie. Tylko wtedy, gdy główka była ustaloną, pozostaje na miejscu, a tylko reszta płodu dostaje się do jamy otrzewnowej. Macicę wówczas wypróżnioną można wybadać jako guz, jużto z przodu już to po za płodem, lub z boku. Po pęknięciu odpływa zazwyczaj krew z pochwy.

Jeżeli główka była ustaloną, to już ona sama tamponuje część rany po pęknięciu, macica zaś przez silny skurcz jest w stanie zamknąć nawet gałązki tętnic przerwanych. Krwawienie zaś główne pochodzi zazwyczaj z rany w wiotkim dolnym odcinku macicy, gdzie jest otwartą, a nie z miejsca, w którem łożysko było przyczepionem.

Wyżej opisany obraz staje się mniej wyraźnym, jeżeli pęknięcie powstaje powoli, lub gdy zachowaną jest błona surowicza. Ustanie bólów jest wówczas mniej nagłem, ale rzadko się zdarza, aby nie ustąpiła część poprzedzająca i nie było zapadu. W takich przypadkach szczególniej, jeżeli pomoc wczas nie przyszła, można czasem zauważyć rozedmę podskórną na brzuchu i udach i podśluzową, w macicy powstałą przez wparcie powietrza z przewodu rodnego. Jeżeliby się ono dostało do większej żyły, może wywołać śmiertelne zaczopowanie.

Rokowanie dla matki jest najczęściej złe, śmierć następuje z krwotoku lub zakażenia; dla płodu rokowanie prawie bez wyjątku niepomyślne.

Przechodząc do pytania trzeciego, radzi autor osłabić bóle, czyto chloroformem, czy morfiną, jeżeli płód żywy, a główka przynajmniej w linii kolcowej. Jeżeli to jest niemożebnem lub rozdęcie jest znacznem, radzi wymóżdżenia jak na płodzie nieżywym. Z zabiegiem zaś spychania główki zewnętrznie do miednicy według Veita, radzi ostrożności wielkiéj. W razie położenia poprzecznego obrót należy wykonywać nader ostrożnie, a jeżeli już jest silny skurcz macicy to operacya jak na płodzie nieżywym, bo i tak z pomocą nawet obrotu żywego płodu wydostać nie można.

W razie już powstałego pęknięcia, natychmiastowe ostrożne rozwiązanie. Kleszcze tylko wówczas, jeżeli zabieg uważać można za stanowczo lekki, jeżeli zaś nie, to wymóżdżenie i wydobycie kraniotraktorem. Uśpienie jest bardzo pożądanem. Wydobycie płodu za poprzedzające nóżki w otworze po pęknięciu udaje się nadzwyczaj rzadko. Wrazie położenia poprzecznego, jeżeli płód jest jeszcze w macicy, należy zaniechać obrotu, bo dziecku nic się nie pomoże, a rozdarcie można powiększyć, najodpowiedniejszem zaś jest odjęcie główki lub rozkawalenie płodu. Jeżeli płód wydobył się tylko małą częścią przez ranę po pęknięciu do jamy otrzewnowéj, wówczas wydobycie go drogą naturalną nie stanowi trudności; jeżeli jednak główka lub tułów dostał się już do jamy brzusznej, to pociąganiem można tylko ranę powiększyć.

W razach takich wskazanem jest wydobycie płodu przez cięcie brzuszne, niezbędnem zaś, jeżeli cały płód leży już w jamie otrzewnowéj. Wyszukanie łożyska między jelitami bywa czasem nader trudnem, jako też i oczyszczenie ich ze smółki, krwi i wód płodowych. Niezbędnem jest następnie zeszycie rany po pęknięciu.

Jeżeli pęknięcie okrężne jest zbyt rozległem, to należy wykonać operacyę Porry, która staje się konieczną, jeżeli spostrzeżono zakażenie już wśród porodu. Jak jednak świadczy przytoczony powyżej przypadek, operacya ta nie zawsze jest możliwą do wykonania. W razie zaś możebności, to opatrywanie trzonu zaotrzewnowe daje lepsze wyniki.

Najtrudniejszem jest do rozstrzygnięcia pytanie dla lekarza praktycznego, czy należy wykonać laparotomię w celu zeszycia rany po pęknięciu, jeżeli płód wydobyto drogą naturalną. Według autora jest to koniecznem, aby opanować krwotok i uchronić chorą od zakażenia. Zestawienie statystyczne wykazuje, że w takim razie najmniej połowa chorych zostaje uleczonych. Zważywszy to, twierdzi autor, że lekarz praktyczny powinien umieć wykonać tę operacyę tak samo, jak cięcie cesarskie, operacye przepukliny i t. p. Należy zachować wśród operacyi wszystkie zasady czystości, a jamę brzuszną wypłukać i wymyć fizyologicznym rozczynem soli kuchennéj. Macicę trzeba wydobyć przed ranę brzuszną, aby się dokładnie rozejrzeć, oczyścić brzegi pęknięcia, wnętrze zaś macicy wytrzeć 3% rozczynem kwasu karbol. i wytamponować gazą jodoformową, któréj koniec wyprowadzić należy do pochwy.

Następnie trzeba ranę zeszyć szwami zajmującemi wszystkie warstwy. Po zeszyciu oczyścić raz jeszcze jamę otrzewnową, zeszyć powłoki brzuszne i założyć opatrunek uciskowy. Jeżeli zaś krwawienie po zeszyciu pęknięcia nie ustało jeszcze zupełnie, należy założyć sączek w dolny odcinek rany. Gazę jodoformową wydobywa się z pochwy po 24 godzinach.

Operacya powyższa jest niezbędną, jeżeli tylko pozwalają na nią siły choréj, o co trudno wszakże wobec krwotoku towarzyszącego pęknięciu. Ale też właśnie dla zatamowania go laparotomia jest jedynym pewnym środkiem, który nawet w razie już istniejącego zapalenia otrzewny, może zbawiennie działać (Wyder).

Drugi sposób leczenia pęknięcia jest zachowawczy, podług Leopolda, za pomocą tamponowania gazą jodofor. przez pochwę macicy i rany po pęknięciu. Leopold radzi przed tem wypłukać jamę brzuszną przez ranę 2% rozczynem kwasu karb., czemu autor się sprzeciwia, z powodu możebności wprowadzenia z macicy istot zakaźnych na otrzewną, szczególniej jeżeli błona śluzowa macicy już jest zakażoną.

Wystarczy, wypłukując, wytrzeć jamę macicy i szyi płynem przeciwgnilnym. Następnie chwyta się haczykiem lub szczypcami haczykowemi górny odcinek rany i przyciąga się go ku dolnemu. Asystent jedną ręką spycha zewnętrznie macicę, drugą naciąga lekko szczypczyki, a operator wprowadza na długich szczypczykach pasek gazy jodofor. do dna macicy. Potem układa go w kilku fałdach poza ranę i lekko tamponuje szyję. Koniec paska pozostawia, w pochwie. Następnie opatrunek uciskowy, utrzymujący macicę w przodo, względnie tyłozgięciu. Gazę jodofor. należy odpowiednio do potrzeby pozostawić przez 6 do 10 dni. Zakładania gumowego sączka do jamy brzusznéj odradza autor, a poleca tylko postępowanie Leopolda, jeżeli już się operacyi nie wykonywa.

Wreszcie co się tyczy pęknięcia ponownego po już raz przebytem lub po cięciu cesarskiem, radzi autor zawczasu badać podczas ciąży i względnie do stosunków albo wzniecić poród przedwczesny, albo wykonać cięcie cesarskie, z wskazaniem względnem. W takich tylko razach zaleca czekanie do końca ciąży, jeżeli poprzednie pęknięcie powstało z powodu wodogłowia, a miednica jest obszerną. Zaleca jednak bardzo wielką ostrożność w tych przypadkach. (Sammlung klin. Vortr. Nr. 54). *Dr. Wł. Harajewicz.*

Notatki lecznicze.

Wedle Baginskyego w leczeniu błonicy u dzieci okazały się najskuteczniejszemi płukania rozczynem sublimatu 1:3000 lub zwilżania sublimatem 1:500 lub 3% rozczynem alkoholowym karbolu. Z środków rozpuszczających błony błonicowe najlepszemi okazały się rozczyny wody wapennéj i papayotyny 5 lub 10%. Ponadto okłady lodowe i połykanie kawałków lodu jest godnem polecenia. Przeciw postępującemu porażeniu serca stosuje się wstrzykiwania podskórne strychniny, kamfory lub kofeiny, jednak z nie zupełnie pewnym wynikiem.

W celu leczenia furunkułu w przewodzie usznym zewnętrznym zaleca Grünwald okłady wysychające w następujący wykonane sposób: po dokładnem oczyszczeniu przewodu usznego wprowadza się cienki zwitek waty lub gazy zmaczanéj w 5% rozczynie *liquoris alumin. acet.* głęboko

w przewód i koreczkiem z suchéj waty przytyka. Na zewnątrz osłania się papierem kauczukowym. Ból dotkliwy ustaje rychło a furunkuł najczęściéj sam pęka. (*Jahrb. der prakt. Medicin.* 1892). *Dr. Wachholz.*

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 23 listopada 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 53.
Gość: Dr. Jaworowski z Kowna.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że Komitet Towarzystwa rozpatrzywszy w głównych zasadach pismo Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. wyrażające życzenia co do „Przeglądu Lek.“ odstąpił je komisyi redakcyjnéj do zbadania i przedstawienia wniosków.

3) W miejsce Dra Krówczyńskiego, który złożył mandat delegata Tow. lek. krak. do Rady zawiadowczéj Tow. lek. gal., wybrano jednomyślnie delegatem do końca roku w myśl § 65. statutu Dra Hilarego Schramma.

4) Członkami zwyczajnymi wybrano jednomyślnie Drów Edwarda Piotrowskiego i Maryjana Piątkowskiego, członkami korespondentami zaś Towarzystwa Drów Karola Kleckiego i Antoniego Śmiechowskiego.

5) Wybrano komitet przedwyborczy dla zaproponowania kandydatów na rok 1893, w skład którego weszli koll.: Cercha, Domański, Gabryszewski, Jakubowski, Kirschner, Kośmiński, Lustgarten, Mączka, Obaliński, Paszkowski, Radecki, Rydel, Śliwiński, Surzycki, Trzebicky i Wilkosz.

6) Kol. Pieniążek przedstawił trzech chorych z przerostem błony śluzowéj w krtani w różnéj od głośni odległości. W pierwszym z nich przerosła błona śluzowa tworzyła gruby pierścień o kilka centimetrów poniżéj głośni, który wywołał zwężenie nie wpływając wcale na głos. W drugim przypadku przerost błony śluzowéj występował w postaci dwóch poduszkowatych wzniesień na bocznych ścianach krtani, oddzielonych wyraźnemi bruzdami od brzegów strun głosowych, wskutek czego i w tym przypadku głos się nie zmienił. W trzecim przypadku przerost na bocznych ścianach krtani zajmował także i struny głosowe, których brzegi na szczytach owych poduszkowatych wzniesień zaledwie się zaznaczały.

Kol. Pieniążek zwrócił uwagę na różny wpływ, jaki przerost błony śluzowéj krtani wywiera na głos, zależnie od swego usadowienia się oraz na przyczynę tych stanów, któréj szukać należy jużto w ropotoku Störka, jużto w twardzieli. Następnie wspomniał o różnéj twardości i niepodatności części przerosłych, wobec któréj leczenie, mające na celu rozszerzenie zwężenia, ma bardzo różny skutek. U chorych przedstawionych otrzymano powyższem leczeniem w ciągu jednego do dwóch tygodni skutki nader pomyślne, gdyż wszyscy troje oddychają obecnie znacznie swobodniéj, niż w chwili przyjęcia do szpitala.

7) Kol. Kryński przedstawił chorą z kliniki prof. Rydygiera, u któréj w marcu 1861 r. wycięto *osteo-sarcoma* kości czołowéj. Po operacyi pozostał znaczny ubytek kostny, sięgający od nasady nosa na 15 ctm. ku górze, odsłaniający zupełnie zatokę czołową; jama czaszkowa otwartą nie była. Po upływie jedenastu miesięcy, skoro nie wystąpiły żadne objawy nawrotu choroby, pokrył prof. Rydygier ten ubytek płatem, wziętym z wierzchołka głowy, o szerokiéj szypułce wychodzącéj z lewéj skroni, i zawierającéj w sobie tętnicę skroniową lewą. Płat ten składał się ze skóry wraz z czepcem ścięgnistym, okostnéj i powierzchownéj blaszki kości ciemieniowéj, odjętéj szerokim dlutem. Płat po przesunięciu na miejsce ubytku zeszyto z jego brzegami a po upływie trzech miesięcy wytworzyła się zupełnie twarda warstwa kostna, stanowiąca teraz przednią ścianę zatoki czołowéj. Ponieważ jednak płat przeniesiony z głowy pokryty był włosami, które teraz zajmowały całe czoło aż do brwi, przystąpiono do trzeciéj operacyi. Z nowo utworzonéj kości czołowéj oddzielono skórę wraz z włosami i na téj saméj szypułce bocznéj przesunięto ją na dawne miejsce na głowie; powstały zaś brak skóry na czole pokryto płatem skóry, wziętéj z brzucha. Obecnie, w pólroku po ostatnim rękoczynie, chora przedstawiona czuje się zupełnie dobrze, obydwa płaty przyjęły się i wrosły dobrze, a tylko ta część czoła, gdzie znajdował się nowotwór, jest nieco wklęsłą.

Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Burlureaux: O oczyszczaniu wody do picia.

Kwestyja ta, tak ważna zwłaszcza podczas panowania epidemij, została opracowaną przez autora zarówno ze strony chemicznéj, jakoteż i ze strony bakteryjologicznéj. Autorowi chodziło o podanie sposobu sterylizowania wody *en masse*, nie poddając takowéj gotowaniu, a poprzestajac na oczyszczaniu chemicznem; smak wody nie miał przytem uledz zmianie przez dodanie odpowiednich istot w nadmiernéj ilości. Jeśli w wodzie, zawierającéj sole mineralne, przez dodanie odpowiednich związków chemicznych wytworzymy osady stale, to takowe, opadając na dno naczynia, porwą ze sobą bezwątpienia wiele drobnoustrojów, znajdujących się w wodzie. Autor wychodzi jednak z tego założenia, że przez wywołanie pewnych reakcyj, a więc zmiany środowiska, w którem bakteryje żyją, zostają one dla ustroju unieszkodliwionemi, względnie żywotność ich przynajmniéj na pewien czas znakomicie zmniejszoną zostaje. W wodzie, mającéj zostać wyjałowioną, osadza autor związki wapnia za pomocą dwóch proszków:

I) dla wody zawierającéj więcej siarkanu niż węglanu wapniowego, wapna niegaszonego 5 części, węglanu sodu 9, ałunu 9 cz.; II) dla wody zaś zawierającéj więcéj węglanu niż siarkanu wapniowego, wapna niegaszonego 9 części, węglanu sodu 5, ałunu 1.

Autor omawia reakcyje, jakie zachodzą po dodaniu mięszanin tych do wody, zawierającéj rozmaite sole wapienne, przyznaje jednak, że omówienie to ze względu na zawiłość kwestyi bynajmniéj dokładnem nie jest. Na litr wody należy używać jednego z wyżéj wyszczególnionych proszków po 0·015 g. na każdy stopień hydrotymetryczny. Do użytku domowego podaje autor następujący sposób dozowania owych proszków: do 10 litrów wody dodaje się 3 gm. proszku i po należytem skłóceniu kosztuje się wodę, jeśli woda nie ma smaku wyraźnie alkalicznego, dodaje się po 1 gramie dopóty, dopóki smak ten nie wystąpi. Stosując cokolwiek mniejszą ilość danego proszku, utrafimy na właściwą dozę. Im więcéj soli wapiennych woda zawiera, tem dokładniejszem jest wyjałowienie jéj przez dodanie odpowiednich proszków. Autor kładzie jednak główny nacisk nie na obfitość wytworzonego osadu, lecz na ilość i intensywność wywołanych w wodzie reakcyj. To też dla wody, mało soli wapiennych zawierającéj, poleca autor następującą mięszaninę: wapna niegaszonego 9 części, węglanu sodu 5, ałunu 1, siarkanu żelaza 1. Mięszaniny te muszą być bardzo dokładnie sproszkowane i ze względu na wapno możliwie sucho przechowywane.

Autor oczyszczał swoją metodą rozmaite wody naturalne, zawierające drobnoustroje w wielkiéj ilości, oraz wodę, którą sztucznie zanieczyszczał bakteryjami cholery, duru, *bacterium coli commune,* paciorkowcami oraz wąglikiem. Badania bakteryjologicznego tych wód dokonywał przed oczyszczeniem i po oczyszczeniu takowych; przeciętnie wystarczało 0·6 grm. odpowiedniego proszku do wyjałowienia 1 litra wody, ponieważ jednak smak po dodaniu téj ilości proszku stawał się cokolwiek alkalicznym, radzi autor używać 0·5, 0·4 a nawet 0·3 grm. proszku na 1 litr wody; używając téj ilości proszku nie zmieniamy smaku wody, a większość bakteryj zostaje zabitemi, względnie stają się nieszkodliwemi. Doświadczenia z wodą zanieczyszczoną lasecznikami wąglika, dały wyniki ujemne; wszystkie inne zaś dawały stale wyniki dodatnie, t. j. z wody oczyszczonéj metodą autora, drobnoustrojów albo wogóle nie można było wyhodować,

albo też kolonije ukazywały się na płytach w nieznacznéj ilości dopiero po 6 dniach i późniéj, wówczas gdy na płytach zakażonych tąż wodą nieoczyszczoną ukazywały się liczne kolonije już na 2 gi lub 3-ci dzień. Autor jest zdania, że reakcyje zachodzące w wodzie po dodaniu do takowéj danego proszku oraz dokładnem skłóceniu nie występują nagle, a przynajmniéj w znaczněj części po upływie pewnego czasu; z tego powodu radzi autor używać wody dopiero po upływie 6—12 godzin po dodaniu wyż wymienionych proszków. (*Archives de méd. experim. et d'anat. pathol.* Ser. I, t. IV, 1892). *Dr. Klecki.*

V. Wiadomości bieżące.

(b) **Kraków** dnia 29 grudnia 1892. Na posiedzeniu nadzwyczajnem odbytem dnia 26 b. m. Towarzystwo lekarskie krakowskie zamianowało jednomyślnie prof. Pasteura z okazyi jego 70. rocznicy urodzin swoim członkiem honorowym i uchwaliło wystosować do niego telegram następującéj osnowy:

Mr. L. Pasteur, Membre de l'Institut Paris.

La société médicale de Cracovie à la séance extraordinaire du 26. courant en reconnaissant des mérites exceptionels rendus au progrès de l'humanités a arrêté à l'unanimité de vous nommer membre honoraire de la Société. Nous avons l'honneur de vous en faire part.

Secretaire géner.: *Dr. Kwaśnicki.* Président: *Dr. Poniklo.*

(b) Sekcyja medyczna Akademii umiejętności w Paryżu wybrała komisyję mającą się zająć obmyśleniem sposobu uczczenia Pasteura z powodu jego 70. rocznicy urodzin. W dniu 27 grudnia o godz. 10-éj przed południem wręczono Pasteurowi złoty medal, który po jednéj stronie nosi jego portret, a po drugiéj mieści następujący napis: „*A Pasteur, le jour de ses soixante-dix ans, la science et l'humanité reconnaissante. 27 decembre 1892*". Uroczystość odbyła się w obecności prezydenta republiki Carnota, ministrów, ciała dyplomatycznego i około 50 deputacyj zagranicznych towarzystw naukowych.

(b) Towarzystwo lekarskie warszawskie zamianowało Pasteura członkiem honorowym i wysłało przez dwóch swych członków Bujwida i Benniego adres wraz z dyplomem.

(b) W dniu dzisiejszym odbędzie się we Lwowie **jubileuszowa uroczystość 25-letniego istnienia Towarzystwa lekarzy galicyjskich.** Obchód rozpocznie się uroczystem posiedzeniem o godz. 5. po południu w sali Towarzystwa. Porządek dzienny obejmuje: a) Przemówienie prezesa Tow.; b) Sprawozdanie sekretarza jeneralnego z 25-letniéj działalności Towarzystwa; c) Odczyt Dra Krokiewicza: O tegorocznéj epidemii cholery w Galicyi; d) Odczyt Dra Ziembickiego z dziedziny chirurgii praktycznéj. Po posiedzeniu odbędzie się wspólna uczta w sali Towarzystwa strzeleckiego.

(b) Donoszą o nowym wybuchu cholery w gminie Załucze, powiatu borszczowskiego, gdzie stwierdzono trzy przypadki śmierci na siedm przypadków zachorowania. Gmina ta leży na wschodniej granicy monarchii nad rzeką Zbruczem, naprzeciw rosyjskiej gminy tej samej nazwy, w najbardziej zarażonej rosyjskiej gubernii podolskiej. Także i w powiecie husiatyńskim, gdzie zdawało się, że cholera już wygasła, stwierdzono d. 23 b. m. jeden przypadek zasłabnięcia w małej gminie Siekierzyńce nad Zbruczem i jeden przypadek w Zielonej nad Zbruczem.

(b) Belgijska Akademija lekarska wyznaczyła nagrodę w kwocie 4000 franków za najlepsze dzieło o patologii i leczeniu epilepsyi. Termin konkursu upływa z dniem 1 lutego 1894 roku.

(b) Centralne Towarzystwo lekarzy niemieckich w Czechach wystosowało do Plenera posła do Rady państwa pismo, w którem wskazuje na znaczne szkody, które mają ponosić lekarze pod wpływem projektowanéj w Austryi reformy podatkowéj.

(b) XV Zjazd balneologów odbędzie się w dniach od 8 do 13 marca 1893 r. w Berlinie pod przewodnictwem prof. Liebreicha.

(b) W Wiedniu ukazał się p. t. „*Aerzte Codex*" zbiór ustaw, rozporządzeń itd. obowiązujących lekarzy austryjackich wydany przez lekarza Dra Schürera i prawnika Dra Kafkę.

(b) Z różnych stron Niemiec dochodzą doniesienia o pojawieniu się przypadków influenzy. Również i w Anglii zjawia się influenza w różnych miejscowościach; w Daventry i okolicy grasuje epidemija influenzy z wielką gwałtownością. W Kopenhadze było w ciągu tygodnia 167 przypadków téj choroby.

(o) W tygodniu 50-ym (od 11—17 grudnia) było w Krakowie małżeństw 6, urodzeń 44, skonów 53, z tych ostatnich z ospy 3, płonicy 3, dławca 1, czerwonki 1, gruźlicy 8, zapalenia płuc 11.

(b) **Wiadomości uniwersyteckie i osobowe.** Cesarz zamianował docenta pryw. i lekarza pułkowego Dra Władysława Niemiłowicza nadzwyczajnym profesorem farmakognozyi w uniwersytecie lwowskim. — C. i k. lekarz pułkowy Dr. Józef Madeyski został zamianowany prymaryjuszem i kierownikiem szpitala powszechnego w Przemyślu. — Docent prywatny Dr. Bayer zamianowany nadzwyczajnym profesorem chirurgii w niemieckim uniwersytecie w Pradze. — Sławny chirurg francuski prof. Verneuil zrezygnował z względu na wiek — liczy bowiem 69 lat — z czynności nauczycielskich. — Prof. Tillaux mianowany kierownikiem kliniki chirurgicznéj w Paryżu. — Dr. Jagot zamianowany profesorem chorób wewnętrznych w uniwersytecie w Angers. — Dr. B. Weriho habilitował się jako docent dla fizyjologii w Akademii medyczno wojskowéj w Petersburgu.

(b) **Zmarli.** W Strassburgu zmarł prof. anatomii Joessel.

Do Nru niniejszego dołącza się spis rzeczy i tytuł Rocznika XXXI.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza